

Eingangsdatum

# Überprüfungsbogen

Aktenzeichen

## für den weiteren Leistungsbezug der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren weiteren Bezug von Leistungen der Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen aktuelle Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Überprüfungsbogen sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht: Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf Seite 2 unten zu bestätigen. Die Erhebung, Speicherung und Übermittlung der personenbezogenen Daten erfolgt nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe c und e, Artikel 4 Nr. 2 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), § 35 Sozialgesetzbuch (SGB) I, § 67a ff. SGB X, § 60 ff SGB I. Dies erfolgt, weil diese Angaben zur Durchführung der Aufgaben nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), bzw. zur Festlegung von Sozialleistung erforderlich sind. Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Weitergewährung der Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.



Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de  
www.form-solutions.de

Form-Solutions  
Artikel-Nr. 410064



	1. Person	2. Person
Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Leistungsempfänger(in) 1	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Leistungsempfänger(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Namensangaben	Familienname	Familienname
	ggf. Geburtsname	ggf. Geburtsname
	Vorname	Vorname
Anschrift und Kontakt	Straße, Hausnummer	PLZ   Ort
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)   E-Mail (Angabe freiwillig)
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufg. seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr. leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufg. seit _____
Zahl der Personen in Ihrer Wohnung		
Unterkunfts- und Heizkosten (bitte Nachweise/Abrechnungen beifügen)	Gegenüber den erklärten Verhältnissen sind <input type="checkbox"/> keine Änderungen eingetreten. <input type="checkbox"/> folgende Änderungen eingetreten: <input type="checkbox"/> Miete ab _____ Neue Miete lt. Bescheinigung _____ Euro <input type="checkbox"/> Belastung ab _____ Neue Belastung lt. Ertragsberechnung _____ Euro <input type="checkbox"/> Heizkosten ab _____ Neue Heizkosten lt. Nachweis _____ Euro	
Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	Gegenüber den erklärten Verhältnissen sind <input type="checkbox"/> keine Änderungen eingetreten. <input type="checkbox"/> folgende Änderungen eingetreten: 1)	Gegenüber den erklärten Verhältnissen sind <input type="checkbox"/> keine Änderungen eingetreten. <input type="checkbox"/> folgende Änderungen eingetreten: 1)
Vermögen (bitte Nachweise beifügen)	Gegenüber den erklärten Verhältnissen sind <input type="checkbox"/> keine Änderungen eingetreten. <input type="checkbox"/> folgende Änderungen eingetreten: 1)	Gegenüber den erklärten Verhältnissen sind <input type="checkbox"/> keine Änderungen eingetreten. <input type="checkbox"/> folgende Änderungen eingetreten: 1)
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im Besitz seit: _____ Beantragt am: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Im Besitz seit: _____ Beantragt am: _____

Mehrbedarf kostenaufwendige Ernährung (bitte Nachweise beifügen)		
Betreuer(in)		
Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus) seit meinem letzten Antrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum und Einrichtung angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum und Einrichtung angeben
Gegenüber meinem letzten Antrag haben sich außerdem weitere Änderungen ergeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erläuterung (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erläuterung (bitte Nachweise beifügen)
Verfügt eines Ihrer Kinder oder ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name/n und Adresse/n auf gesondertem Blatt angeben!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name/n und Adresse/n auf gesondertem Blatt angeben!
Auszahlung der Grundversicherungsleistung 1)	<input type="checkbox"/> Die Leistungen sind weiterhin auf das bekannte Konto zu überweisen. <input type="checkbox"/> Der Krankenversicherungsbeitrag ist der Krankenkasse zu überweisen. <input type="checkbox"/> Die Leistungen <input type="checkbox"/> zur Miete sind auf folgendes Konto zu überweisen Kontoinhaber(in) IBAN BIC Name des Kreditinstituts	<input type="checkbox"/> Die Leistungen sind weiterhin auf das bekannte Konto zu überweisen. <input type="checkbox"/> Der Krankenversicherungsbeitrag ist der Krankenkasse zu überweisen. <input type="checkbox"/> Die Leistungen <input type="checkbox"/> zur Miete sind auf folgendes Konto zu überweisen Kontoinhaber(in) IBAN BIC Name des Kreditinstituts
	<input type="checkbox"/> zur/ für Kontoinhaber(in) IBAN BIC Name des Kreditinstituts	<input type="checkbox"/> zur/ für Kontoinhaber(in) IBAN BIC Name des Kreditinstituts



**Erklärung:** Den Überprüfungsbogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten hat diese Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Überprüfungsbogen oder in einen gesonderten Formular eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Wenn und solange ich Grundversicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ort, Datum		
Unterschrift		

## Einwilligungserklärung

### Einwilligungserklärung

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben.

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben wie z.B. Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie die notwendigen Angaben zur Bearbeitung. Die Verwendung oder Weitergabe Ihrer Daten an unbeteiligte Dritte wird ausgeschlossen. In dem Fall eines gebührenpflichtigen Vorgangs übermitteln wir zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider.

Ich bin damit einverstanden.